

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 245

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Cancers rétro-laryngés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL PORTE

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 7 Juillet 1890, à Grenoble (Isère)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CANCERS RÉTRO-LARYNGÉS

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — Chimie minérale.....	BARRAL
— — Accouchements	COMMANDEUR
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LANNOIS, *Président*; M. THEVENOT LUCIEN, *Assesseur*.
MM. FLORENCE G. et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 245

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Cancers rétro-laryngés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL PORTE

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 7 Juillet 1890, à Grenoble (Isère)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546427_0038

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les laryngologistes anglais ont rapporté dans leurs travaux un assez grand nombre de cas de cancers occupant la région antérieure de l'hypopharynx; ils les désignent sous le nom de « post-cricoïd carcinoma ». Ce sont des néoplasies particulièrement redoutables, car, méconnues au simple examen de la cavité laryngée, ne donnant souvent qu'assez tardivement des signes subjectifs, elles deviennent rapidement extensives, gagnent les régions avoisinantes, déterminent ainsi ces vastes néoplasmes pharyngo-laryngés, dont l'intervention impose des ablations considérables.

Il est assez difficile d'établir la véritable fréquence de ces tumeurs, car les auteurs n'ont pas toujours distingué avec précision les tumeurs nées primitivement dans cette région de celles qui, développées d'abord dans les régions voisines (sinus piriformes, œsophage), envahissaient secondairement la région rétro-laryngée.

Etendant légèrement le cadre de ce court travail, nous essayerons d'étudier et de déterminer les grands caractères des tumeurs malignes qui siègent non seulement sur le chaton cricoïdien, mais sur toute la surface rétro-

laryngée : région rétro-cricoïdienne et région rétro-aryténôïdienne. Nous avons recherché dans la littérature médicale des observations concernant de pareils cas ; elles sont assez rares et presque toutes rapportées par des spécialistes anglais. Récemment, Logan, Turner, d'Edimbourg, parvint avec peine à en rassembler 98 cas, et encore, parmi ceux-ci, un grand nombre sont secondaires à des cancers de l'orifice supérieur de l'œsophage. C'est donc une localisation assez rare, que certainement on reconnaîtra plus souvent, maintenant que l'œsophagoscopie est pratiquée d'une façon plus courante et que l'on fait d'une façon plus systématique l'examen de l'hypopharynx dans les cas de dysphagie.

Pendant notre semestre d'internat à la Clinique otorhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Pothin, nous avons eu la bonne fortune d'en voir deux cas typiques. M. le professeur Lannois, bien au courant de cette question, et intéressé par cette affection assez rare, nous donna le conseil d'en faire le sujet de notre thèse. Il nous guida de ses conseils judicieux, et c'est aujourd'hui pour nous un agréable devoir que de le remercier de son bienveillant et précieux enseignement et du grand honneur qu'il nous fait en président notre thèse.

Nous ne voulons pas non plus manquer d'adresser notre meilleure reconnaissance à M. le professeur Collet, de qui nous avons été également l'interne, et avec lequel nous avons commencé l'étude de notre spécialité. Il nous a beaucoup appris et nous garderons, de ces six mois, un durable souvenir.

Nous devons enfin une reconnaissance toute particulière à M. le docteur Bériel, qui eut l'amabilité de faire

l'examen anatomo-pathologique de nos coupes; à M. le docteur Sargnon, qui nous réserva le meilleur accueil, et qui, sur bien des points, nous fournit des renseignements utiles pour l'étude de ce modeste travail; à M. le docteur Garel, qui nous donna une observation des plus intéressantes.

Je ne veux pas oublier M. le docteur Jacod, qui fut à la fois un maître et un ami, et que nous n'oublierons jamais.

Enfin, nous voulons exprimer notre respectueuse gratitude et notre profond attachement à tous nos maîtres, qui nous ont beaucoup appris :

Externat : MM. Tixier, Villard, Barjon, Leclerc, Devic, Plauchu.

Internat : MM. Péhu, Nové-Josserand, Collet, Lannois, Durand, Laroyenne.

CHAPITRE PREMIER

Notions générales sur l'anatomie de la région rétro-laryngée.

Procédés d'examen de l'hypopharynx.

ANATOMIE DE LA RÉGION RÉTRO-LARYNGÉE

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'anatomie complète de l'hypopharynx, traitée avec détails dans tous les traités d'anatomie; nous voulons seulement rappeler dans ses grandes lignes la topographie de la région rétro-laryngée et indiquer ensuite rapidement les différents procédés d'examen que nous possédons pour découvrir les tumeurs de cette région.

L'hypopharynx affecte dans son ensemble la forme d'un *entonnoir fortement rétréci d'avant en arrière* par la saillie importante que forme le larynx dans la lumière pharyngée. L'examen du pharynx inférieur chez le vivant, les coupes horizontales de sujets congelés, permettent aisément de constater que le larynx s'appuie sur la

colonne vertébrale. En dehors des phénomènes de déglutition, la portion laryngée du pharynx possède donc une *lumière virtuelle*. Du fait de son système complexe de suspension, le larynx ne peut être facilement détaché de la colonne cervicale, et si on essaye de le mobiliser transversalement, on détermine chez les sujets normaux une crépitation spéciale, due au frottement du larynx contre les corps vertébraux.

Assez nettement délimité, à la partie supérieure, il est *difficile à la partie inférieure de trouver une limite anatomique précise entre le pharynx et l'œsophage*, les deux muqueuses se continuant directement sans que l'on puisse trouver une saillie qui les sépare.

Nous allons en quelques mots, décrire les éléments constitutifs de l'hypopharynx : parois, base sommet, en insistant un peu plus sur la paroi antérieure ou laryngée.

Les quatre parois sont plus larges à leur partie supérieure qu'à leur partie inférieure.

La *paroi postérieure* est constituée par la saillie que forment les 3^e, 4^e, 5^e et 6^e vertèbres cervicales, matelassées en avant par les muscles prévertébraux et la muqueuse.

La *paroi antérieure*, qui n'est autre que la *région rétro-laryngée*, présente de haut en bas d'abord l'*orifice du vestibule laryngé*, puis la *face postérieure des cartilages aryténoïdes* réunis l'un à l'autre par les muscles aryténoïdiens. Cette zone rétro-aryténoïdienne a la forme d'un triangle à base inférieure quand les cartilages sont rapprochés, et devient quadrilatère quand ils s'écartent l'un de l'autre. Elle est inclinée en bas et en arrière, et ses bords latéraux se confondent avec la partie

interne des gouttières pharyngo-laryngées. Dans son ensemble, elle constitue une surface convexe transversalement, sur laquelle s'étale la muqueuse pharyngienne. Cette muqueuse est peu adhérente et séparée du muscle sous-jacent par une épaisse couche de tissu cellulaire très lâche, qui permet un glissement facile. Cette couche celluleuse renferme de nombreuses glandes du type muqueux, et elle s'œdématie avec la plus grande facilité dans les processus pathologiques de cette région.

Plus bas, s'étale la *surface cricoïdienne*, sous l'aspect d'un fort cylindre vertical, qui provoque une saillie marquée dans la cavité pharyngée. Elle est constituée par le châton du cartilage cricoïde, dont la crête médiane donne insertion au muscle de l'œsophage, alors que les dépressions latérales, comme l'a montré Jonnesco, sont comblées par les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Son bord supérieur, en contact avec la surface thyroïdienne constitue une sorte de bourrelet transversal. En bas, elle se continue sans démarcation bien nette avec la paroi antérieure de l'œsophage. Là encore, la muqueuse est séparée de la couche musculaire par un tissu cellulaire lâche qui, lui aussi, s'infiltré avec la plus grande facilité.

Les *parois latérales* présentent une forme triangulaire, dont le sommet serait dirigé vers le bas. De haut en bas, prennent part à leur constitution: la face interne de la grande corne de l'os hyoïde, la membrane thyro-hyoïdienne et le ligament thyro-hyoïdien latéral, la face interne du cartilage thyroïde.

A l'union des parois latérales et de la paroi antérieure s'ouvrent les *sinus piriformes*, dont l'obliquité est dirigée en bas et en arrière de chaque côté de la saillie laryn-

gienne. Prenant naissance au niveau du bord latéral de l'épiglotte, ils se perdent vers le bord inférieur du cartilage cricoïde, à l'entrée du tube œsophagien, dont ils sont souvent séparés par un pli transversal. Leur cavité elle-même est souvent divisée en deux étages par un pli oblique de la muqueuse soulevée par le passage du nerf laryngé supérieur.

La base de l'hypopharynx communique très largement avec le pharynx buccal et répond à un plan horizontal qui passerait par la partie moyenne de l'os hyoïde.

Le sommet constitue la région de passage entre le pharynx et l'œsophage. Killian, en 1907, attira l'attention des laryngologistes sur cette importante région, qu'il désigna sous le nom de *bouche de l'œsophage*. Ses limites, variables d'ailleurs avec la position de la tête et les mouvements du larynx (Follin, Morosow, Mehnert, von Acker) correspondent en arrière au bord inférieur du constricteur du pharynx, et en avant au bord inférieur du cartilage cricoïde.

Comme l'ont bien montré Killian, et plus récemment Boutin, le constricteur inférieur du pharynx présente à ce niveau de nombreuses fibres musculaires horizontales, demi-circulaires à concavité antérieure, insérées latéralement sur les deux extrémités du bord inférieur du cartilage cricoïde. Ces fibres, qui ont l'apparence d'un véritable *sphincter*, constituent la *bouche de l'œsophage* de Killian. Au niveau du cricoïde, la portion aponévrotique s'entrecroise avec celle du côté opposé.

Comme le dit très bien Boutin dans sa thèse, les fibres inférieures du constricteur constituent autour de l'orifice inférieur de l'hypopharynx une sangle incomplète en

avant, où les deux faisceaux insérés chacun sur les extrémités du cricoïde sont séparés l'un de l'autre par toute la largeur du chaton cricoïdien.

D'après Killian, *cette sangle est le principal muscle constricteur de la bouche de l'œsophage* : il resserre la lumière de l'œsophage et l'appuie fortement contre le chaton cricoïdien. La bouche de l'œsophage n'a donc qu'une lèvre mobile postérieure qui vient s'opposer à une lèvre antérieure immobile et qui n'est autre chose que le chaton cricoïdien.

Les dissections de Boutin montrent que les fibres inférieures du constricteur inférieur constituent un faisceau à part de ce muscle : le faisceau transversal cricothyroïdien.

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'EXAMEN DE L'HYPOPHARYNX

Le larynx adossé, comme on voit, à la colonne vertébrale, réduit la cavité hypopharyngée à l'état d'une étroite fente transversale. L'on conçoit donc la difficulté que présentera l'examen des tumeurs rétro-laryngées. Un simple examen au miroir laryngien suffit d'ailleurs à se rendre compte de cette disposition : les aryténoïdes apparaissent plaqués contre la colonne vertébrale. De même, si l'on prend une sonde à olive et qu'on essaye de la faire pénétrer dans le pharynx inférieur, on sentira qu'elle passe à frottement. Même, en un point, elle sera arrêtée, et ce n'est qu'en insistant prudemment et avec patience que l'on arrivera à franchir ce rétrécissement que les mensurations montrent exister au niveau du chaton cricoïdien.

Ce fut le souci des laryngologistes que d'améliorer les conditions d'examen de la cavité hypopharyngée ; de là différents procédés que nous allons rapidement passer en revue en commençant par les plus simples, qui sont aussi les plus anciens.

1° *Le miroir laryngien*, nous l'avons dit, ne sera pas d'un bien grand secours. L'entrée de l'hypopharynx ne se montrera que sous l'aspect d'une mince fente à direction transversale et l'on ne verra bien que les aryténoïdes avec les cartilages de Santorini et les cartilages de Wrisberg plus en dehors. Dans la respiration profonde, il sera possible d'apercevoir, entre les deux aryténoïdes, le petit espace interaryténoïdien. L'image change un peu pendant la phonation, et par suite de l'inclinaison en avant de la région aryténoïdienne, la fine fente qui cachait la vue de l'hypopharynx s'élargit, et l'on peut ainsi découvrir la partie toute supérieure de la région rétro-aryténoïdienne. Les sinus piriformes deviennent aussi plus visibles du fait de la propulsion de la paroi latérale du larynx. Mais là se borne les possibilités d'examen, et la majeure partie de la surface rétro-laryngée demeure invisible : elle reste adossée à la paroi postérieure du pharynx. En faisant émettre au sujet un son aigu : un *i* par exemple, et en lui faisant pencher la tête en avant, la vue peut pénétrer plus profondément, et Killian a pu, par ce procédé, parvenir à apercevoir le bord supérieur du chanton du cartilage cricoïde.

2° Dès 1860, Stœrck et Semeleder pensèrent à introduire un *tube rigide dans l'hypopharynx* et à examiner avec un miroir laryngien les régions jusque-là interdites à la vue par les procédés en usage. Cette manœuvre était

difficile et délicate. Pourtant, Waldenberg et Morell Mackensie parvinrent avec ce procédé à voir la bouche de l'œsophage.

3° Von Eicken, en 1907, décrivit avec détails un levier laryngien, qui avait pour but de faire bailler cette région inférieure de l'hypopharynx, dont l'examen présentait tant de difficulté. C'est le *crochet laryngien de von Eicken*. Après une anesthésie soigneuse à la cocaïne à 1/10° du pharynx et du larynx, le crochet, recouvert d'ouate, était introduit de la main droite à l'intérieur de la cavité laryngée, au-dessous des cordes vocales, sous l'angle rentrant du cartilage thyroïde. Il suffisait d'exercer une traction en avant, le larynx devait se détacher de la paroi pharyngienne et avec le miroir laryngien tenu de la main gauche, il espérait pouvoir examiner le pharynx inférieur dans sa totalité. En réalité, la partie la plus profonde, celle qui correspond à la surface cricoïdienne, reste au contact de la paroi pharyngée postérieure et ne peut être explorée. Killian n'obtint pas meilleur résultat en tirant sur le larynx avec un crochet coudé fixé dans l'orifice de trachéotomie, et il put préciser, chez un trachéotomisé, en tirant sur le cricoïde avec un crochet introduit dans la plaie et à l'aide de l'œsophagoscope, que cette zone rétro-cricoïdienne qui restait accolée au pharynx, malgré les tractions, ne s'étendait pas sur une étendue de plus de un centimètre; plus bas, la cavité était béante. Il y a donc là, dit Killian, un sphincter comme à l'entrée de l'estomac : c'est la bouche de l'œsophage.

Ce crochet de von Eicken, procédé brutal et douloureux, n'apportait donc pas la solution du problème.

4° D'autres auteurs cherchèrent alors à séparer les

parois laryngienne et vertébrale de l'hypopharynx avec l'aide d'*instruments dilatateurs*. C'est ainsi que furent imaginés des écarteurs (Voltolini, Semeleder, Stærck, Garel), des spéculums (Escat), qui permirent souvent au miroir laryngien l'inspection des parois du pharynx inférieur et même de la bouche de l'œsophage.

5° *Les rayons X* eux-mêmes furent utilisés pour le diagnostic des tumeurs rétro-laryngées. Tour à tour, on employa une sonde opaque, qui n'était d'ailleurs pas sans danger, un cachet bismuthé qui, par son arrêt, déterminait le siège de la lésion, et surtout la bouillie bismuthée, qui ralentissait sa chute, prenait une forme effilée au contact de l'affection. Ces procédés, qui rendent des services si précieux pour l'examen des lésions œsophagiennes, sont loin d'avoir, pour l'hypopharynx, la même valeur, car ils sont peu précis, infidèles, d'une interprétation difficile et ne donnent que des renseignements incomplets. Ils sont à peu près abandonnés depuis que l'on possède des procédés d'examen direct.

6° Il en est de même des *examens à la sonde*, avec des bougies à bouts olivaires, de grosseurs différentes, dont l'arrêt indique le lieu du rétrécissement et qui permettraient aussi d'en apprécier la longueur. C'est là un procédé qui n'est pas sans dangers et qui ne peut donner que des renseignements fort insuffisants. Il vaut mieux voir la lésion.

7° Et c'est ainsi que la pathologie de l'hypopharynx fut transformée par l'*hypopharyngoscopie directe*, soit avec le tube spatule de Brünings, soit à l'aide de celui de Guisez, procédé de premier ordre, puisque, non seulement il permet de constater la présence de la tumeur,

mais encore d'en préciser l'aspect et l'extension. De plus, et c'est là un avantage considérable, il sera possible, dans les cas douteux, de prélever un fragment de tumeur pour l'examen histologique. Cette méthode, très répandue à l'heure actuelle, tient le milieu entre les précédentes et l'œsophagoscopie. Après anesthésie complète du pharynx et du larynx, et injection de quelques gouttes de cocaïne à 1/10^e dans l'hypopharynx avec une seringue laryngienne, on introduit, sous le contrôle de la vue, le tube spatule sur la ligne médiane, en l'appliquant bien sur la base de la langue. L'épiglotte reconnue, on aperçoit facilement le sommet des aryténoïdes. Il suffit alors d'insinuer la spatule dans l'étroit espace qui sépare l'aryténoïde de la paroi pharyngienne postérieure et de l'enfoncer avec précaution dans l'hypopharynx.

8° Il est cependant préférable, et c'est là l'avis de tous les auteurs, de *faire d'emblée une œsophagoscopie*, car, dans les lésions profondément situées de la région rétro-cricôidienne, il est bien difficile de savoir jusqu'à quel niveau descend la tumeur. On évitera ainsi au malade deux examens successifs.

9° A côté des procédés précédents qui nous permettent d'avoir une notion exacte de la lésion rétro-laryngée, il sera souvent utile de constater si la tumeur a ou n'a pas envahi la cavité laryngée. On pourra alors utiliser, soit le procédé où la spatule autoscopique est maintenue par l'observateur (*ortho-laryngoscopie hétérostatique*) soit les méthodes où la spatule se maintient d'elle-même. Ces dernières constituent l'*ortho-laryngoscopie autostatique*, dans laquelle on peut ranger :

a) Le procédé de Killian, ou *ortho-laryngoscopie en sus-*

pension, dans lequel le sujet est allongé, la tête dépassant le plan de la table. Par un dispositif spécial, la tête tire par son propre poids sur le plancher de la bouche et le cou, réalisant ainsi un refoulement des parties molles.

b) Le *procédé de Brünings* ou *ortho-laryngoscopie à contre-pression*, qui perfectionne le précédent en ajoutant un contre-presseur qui refoule vers la colonne vertébrale le larynx et la trachée, permettant ainsi un examen plus facile et plus complet.

c) Le *procédé de Claoué et Leroux*, ou *ortho-laryngoscopie sans suspension et sans contre-pression*, dans lequel, par une instrumentation assez simple, on réalise l'abaissement de la langue en même temps que la protection de l'épiglotte.

Ces trois derniers procédés, d'un maniement peut-être un peu délicat, constituent néanmoins une amélioration indéniable aux méthodes d'examen, puisqu'elles laissent à l'observateur les mains libres, tout en permettant une vue exacte de la cavité laryngée.

CHAPITRE II

Notions cliniques sur le cancer rétro-laryngé

D'après les quelques observations publiées en France et à l'étranger, d'après aussi nos observations personnelles, nous allons, non pas faire une revue générale complète de cette affection, ce qui sortirait du cadre de ce modeste travail, mais essayer de mettre en relief les points principaux de son étude clinique. La présence non exceptionnelle des tumeurs dans la région rétro-laryngée, leur symptomatologie et leur mode d'évolution un peu particuliers, doivent faire considérer cette affection, nous semble-t-il, comme une modalité clinique un peu spéciale. Après avoir étudié son étiologie, son anatomie pathologique, ses symptômes, nous dirons, pour terminer, quelques mots de son traitement.

1°. FRÉQUENCE

Waggett, dans le rapport qu'il fit en 1913 au Congrès international de Médecine de Londres, essaya de montrer

que les cancers rétro-laryngés n'étaient pas aussi rares que certains auteurs le prétendaient et qu'ils constituaient même un pourcentage assez important dans les affections qu'avaient à traiter les laryngologistes. Le seul fait de constater que tous les cas signalés ont été rapportés, en assez grand nombre, dans ces douze ou quinze dernières années, semble bien indiquer qu'il ne s'agit pas là d'une localisation exceptionnelle.

D'ailleurs, tout récemment, Logan Turner insista sur la prédilection qu'avaient les néoplasmes à se localiser sur les points précis du conduit alimentaire : rétrécissements bronchique, aortique, diaphragmatique, et il ajoutait que la région rétro-laryngée, et plus particulièrement la région rétro-cricoïdienne constituaient également une zone rétrécie où les tumeurs ne devaient pas être rares.

Les statistiques, malheureusement, ne peuvent jeter quelque lumière pour établir la fréquence relative de cette affection : les laryngologistes voyant surtout les lésions de l'hypopharynx, les chirurgiens surtout celles de l'œsophage, les statistiques des premiers apportent une majorité énorme de cancers rétro-laryngés par rapport aux cancers des régions avoisinantes; dans celles des chirurgiens, au contraire, les néoplasmes de l'œsophage l'emportent de beaucoup par le nombre. Maintenant que l'hypopharyngoscopie et que l'œsophagoscopie sont devenues des procédés courants d'examen, il est vraisemblable que les observations de cette affection se feront plus nombreuses.

Il est probable, en outre, que le point de départ des tumeurs de cette région ne peut être toujours fixé d'une

façon précise, et que beaucoup de néoplasmes ayant pris naissance sur la surface rétro-laryngée ne sont pas considérés comme tels.

Tous ces faits expliquent les divergences parfois considérables que l'on trouve dans les statistiques qui vont suivre :

Statistique de Krönlein et Czerny :

4	néoplasmes du naso-pharynx ;
55	— bucco-pharynx ;
44	— laryngo-pharynx.

Statistique de Turner :

Langue	18 cas.
Amygdales,	71 —
Pharynx buccal	26 —
Région rétro-laryngée	98 —
Œsophage	42 —
Larynx	69 —

Examen de Turner sur 27 pièces nécropsiques :

- 5 cas : dans l'hypo-pharynx ;
 - 2 cas purs ;
 - 3 cas avec envahissement de l'œsophage ;
- 5 cas : portion supérieure de l'œsophage ;
- 3 cas œsophage cervical ;
- 14 cas : œsophage thoracique.

Statistique de Von Acker : 100 cas :

- 10 % dans l'hypopharynx et à la bouche de l'œsophage ;

40% à la bifurcation trachéale;

30 % à l'extrémité inférieure.

Statistique de Sauerbrück: 186 cas

26 cas: hypopharynx et commencement de l'œsophage;

46 cas: bifurcation trachéale;

117 cas: extrémité inférieure de l'œsophage.

Collection de Wright (laboratoire de recherches
sur le cancer):

Sur 270 cas de cancers primitifs du bas-pharynx et de l'œsophage, il ne trouve que 6 cas de cancers rétro-laryngés.

Etude de Whale, à l'hôpital Saint-Barthélemy :

Sur 164 cas de néoplasmes du larynx, de l'hypopharynx et de l'œsophage, il n'eut que 19 cas de cancers rétro-cricoïdiens.

Statistique de Turner: 140 cas:

98 cas: portion laryngée du pharynx avec ou sans envahissement de l'œsophage;

19 cas: œsophage cervical;

9 cas: œsophage à la bifurcation trachéale;

14 cas: partie inférieure de l'œsophage.

Nous n'osons tirer aucune conclusion de données aussi divergentes; disons seulement que le *cancer rétro-laryngé* est loin d'être une rareté et que nous le rencontrerons de plus en plus à mesure que l'œsophagoscopie se fera d'une façon plus systématique.

2° AGE ET SEXE DES MALADES

Les cancers pharyngiens, dit Honsell, surviennent chez des gens âgés, surtout chez les hommes, et, dans 70 % des cas, les malades ont de quarante à soixante-dix ans. Il semble bien que, pour les cancers laryngés, c'est l'inverse qu'il faudrait écrire: *l'affection paraît survenir surtout chez des femmes relativement jeunes*, et ceci est d'une importance primordiale, car, avec un diagnostic précoce, on pourra pratiquer une intervention qui aura toutes chances d'être bien supportée.

Toutes les statistiques sont concordantes à ce sujet.

Logan Turner, dans un important tableau publié l'année dernière, donne les nombres suivants: pour 98 cas de cancer rétro-laryngé, il trouve 13 cas chez l'homme, soit 13 %, et 85 chez les femmes, soit 87 %; tandis que pour l'œsophage, le pourcentage est le suivant:

		HOMMES	FEMMES
Œsophage cervical.....	19 cas	11 (57 %)	8 (42 %)
Œsophage à la bifurca- tion trachéale.....	9 cas	6 (66 %)	3 (33 %)
Œsophage à l'extrémité inférieure	14 cas	13 (92 %)	1 (7 %)

Cet auteur fait remarquer que le cancer devient plus fréquent, chez l'homme, à mesure que l'on se rapproche de l'estomac.

Dans un autre tableau, ajoutant, à ses cas personnels, ceux d'autres laryngologistes anglais, ceux aussi de la

clinique Mayo, il arrive, pour les cancers des premières partie du tube alimentaire, aux conclusions suivantes :

		HOMMES	FEMMES
Langue	18	16 (88 %)	2 (11 %)
Amygdales, voile.....	71	66 (92 %)	5 (7 %)
Pharynx buccal	26	15 (57 %)	11 (42 %)
Rétro-larynx	98	13 (13 %)	85 (86 %)
Œsophage	42	30 (71 %)	12 (28 %)

Et il conclut que, d'une façon générale, le cancer des premières voies digestives, est plus fréquent, et de beaucoup chez l'homme, sauf pour la région rétro-laryngée où la proportion est renversée, et, pour le pharynx buccal, où les tumeurs sont à peu près aussi fréquentes dans les deux sexes.

La muqueuse de l'hypopharynx semble donc, chez la femme, plus vulnérable au cancer que chez l'homme.

L'étude des différentes observations nous permet, en outre, de constater que le cancer se développe chez des sujets plus jeunes, chez les femmes, que chez les hommes. Voici encore un tableau établi par Turner et qui confirme ce point :

ANNÉES	HOMMES	FEMMES
21-30	0	6
31-40	2	27
41-50	1	20
51-60	5	26
61-70	4	4
71-80	1	2

D'où on peut tirer la conclusion générale suivante: les cancers rétro-laryngés se rencontrent de préférence chez des hommes de plus de cinquante ans et chez des femmes de moins de cinquante ans.

Les deux malades les plus jeunes de cette série avaient vingt-huit ans. D'une façon très exceptionnelle, on a pu voir survenir ces tumeurs chez des sujets encore plus jeunes: Herbert Tilley en a signalé un cas chez une femme de vingt-deux ans, et Stewart chez une de vingt-trois ans.

Pour beaucoup d'auteurs, cette prédilection du cancer pour le sexe féminin, se retrouverait également au niveau du pharynx buccal.

Philipp-R.-W de Santi arrive aux mêmes conclusions:

Sur 7 cas nets de cancer rétro-laryngé qu'il eût à soigner, il y en avait 5 chez des femmes et 2 chez des hommes. L'âge des femmes était de 29, 30, 32, 42, 47 ans; celui des hommes variait entre 50 et 60 ans.

Davis rapporte, dans le *Journal of laryngology*, d'octobre 1920, qu'il a observé 24 cas: 22 chez les femmes, 2 chez les hommes.

Waggett en a étudié 6 cas chez des femmes: 4 d'entre elles avaient moins de 34 ans. Trotter, dans ses *Hunterian lectures* (1913), fait les mêmes constatations.

Toutes ces données ne concordent guère avec nos observations, il est vrai, trop peu nombreuses, pour qu'on puisse en tirer quelques conclusions de valeur, mais qui toutes intéressaient des hommes.

3° ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La région rétro-laryngée est la partie de l'hypopharynx la plus souvent touchée par les tumeurs malignes. Bien plus rarement, il s'agit d'un cancer de la paroi vertébrale, ou d'un cancer annulaire rétro-laryngien.

Nous n'aurons ici en vue que les tumeurs malignes primitives, qui prennent naissance sur la surface rétro-laryngée, tantôt au niveau de sa moitié supérieure sur la face postérieure des aryténoïdes, tantôt dans sa moitié inférieure sur le chaton cricoïdien.

D'abord limitée et pendant un temps relativement assez long, à cette région, la tumeur s'étend, envahit les régions voisines, rétrécissant la lumière pharyngienne, donnant naissance à ces formes complexes dont le point de départ est si difficile à faire. Les néoplasmes rétro-aryténoïdiens ont tendance à envahir les sinus piriformes et l'orifice supérieur du larynx; les néoplasmes rétro-cricoïdiens gagnent peu à peu le tube œsophagien.

En outre, localisée, tout d'abord, aux plans superficiels, la tumeur s'étend en profondeur, envahit les muscles de la parois postérieure du larynx, atteint les cartilages, et même, dans les cas avancés, elle peut jeter de gros bourgeons cancéreux jusque dans l'intérieur de la cavité laryngée.

La variété la plus commune est la *forme végétante*. A l'examen de l'hypopharynx, on distingue une excroissance plus ou moins volumineuse, bourgeonnante, qui, dans les formes avancées, tend à oblitérer le canal pharyngien. Ces végétations sont grisâtres ou rougeâtres, en

chou-fleur, friables, creusées parfois comme dans les observations que nous rapportons, d'une vaste ulcération anfractueuse, recouverte d'abondantes mucosités sanieuses. Elles saignent au moindre contact et l'examen détermine le rejet d'une expectoration sanglante. Il est assez exceptionnel que la tumeur soit supportée par un pédicule plus ou moins effilé, comme Harner, Schmiegelow, Molinié en ont rapporté des exemples. Plus rarement, il s'agit d'une tumeur à peine surélevée, apparaissant comme un épaississement de la muqueuse, d'aspect un peu irrégulier et de consistance dure; c'est là la forme diffuse d'un diagnostic parfois très difficile, tout au moins à un stade peu avancé.

Entre ces deux modalités, on peut retrouver tous les intermédiaires.

Dans les périodes ultimes de la maladie, les dimensions de la tumeur sont énormes; il s'agit alors de ces vastes néoplasmes pharyngo-laryngés, dont la description complexe varie avec chaque cas particulier et qui arrivent à infiltrer muscles, vaisseaux, ganglions, cartilages.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'*épithélioma pavimenteux*: dans 90 % des cas, d'après Butlin, et presque toujours on a affaire à cette variété qui a jusqu'ici donné tant de désillusions à la radiumthérapie : les *épithéliomes spino-cellulaires* de von Baker, caractérisés comme on sait par l'existence d'îlots épidermiques et de filaments d'union intercellulaires. Les *épithélioma baso-cellulaires* sont beaucoup plus rares.

Assez rarement, la tumeur rétro-laryngée sera un *sarcome*, dont on pourra trouver toutes les variétés : *globo-cellulaires*, *fuso-cellulaires*, *lympho-sarcome*, *melano-*

sarcome. Molinié, dans son traité sur le cancer du larynx, en donne une description complète. Une de nos observations représente un cas typique de lympho-sarcome. Nous n'en dirons pas ici les caractères, que l'on retrouvera dans notre observation II. Ils nous ont été précisés par M. le docteur Bériel, qui eut l'obligeance d'examiner nos coupes et de les interpréter.

En règle générale, *la tumeur est unique*. Certains auteurs ont signalé, cependant, la possibilité d'une deuxième tumeur dans l'œsophage, à une distance variable de la première, et ceci a une importance énorme pour les cancers rétro-laryngés, chez lesquels on serait porté à vouloir faire une intervention. Turner, notamment, rapporte les cas de deux cancers rétro-cricoïdiens, où il existait un deuxième rétrécissement au niveau de l'œsophage; il ne put faire d'autopsie, et par suite, ne put déterminer la nature exacte de ce deuxième rétrécissement, il croit cependant qu'il s'agissait là d'une greffe cancéreuse. Davies, lui aussi, signale un cas certain de tumeur double, la deuxième existant dans l'œsophage au niveau de la bifurcation trachéale.

L'envahissement ganglionnaire est constant, et parfois précoce; il ne tarde pas à gagner toute la chaîne carotidienne d'un ou des deux côtés. Ce sont tantôt des ganglions très durs, plus ou moins volumineux, distincts les uns des autres, adhérant souvent intimément à la jugulaire, tantôt de grosses masses, pouvant devenir rouges, molles, douloureuses par effet d'une infection septique secondaire et simuler un adéno-phlegmon.

Souvent, il existera un envahissement des récurrents, du larynx, de la trachée, et même, dans certains cas, il

pourra se produire une perforation de la trachée (cancer laryngo-œsophagien).

Certains auteurs enfin, ont signalé l'*envahissement secondaire assez fréquent du corps thyroïde*. Il pourra passer inaperçu et devra toujours être recherché avec soin (Gougenheim et Gastou). Moriston Davies recommande de toujours rechercher le foyer primitif dans la portion laryngée du pharynx, quand le corps thyroïde est envahi par une tumeur. Il cite quatre cas de cancer du corps thyroïde secondaires à des cancers rétro-cricoidiens. Turner a observé six cas de néoplasmes rétro-laryngés où il existait une hypertrophie nette du corps thyroïde; dans deux cas seulement, l'examen microscopique fut fait et révéla la nature maligne de la tumeur.

Les *généralisations viscérales* ne sont pas très rares. Elles se produisent le plus souvent, soit dans le foie (malades de Castex et de Lindenborn), soit dans les côtes (malade de Küster), soit encore dans l'estomac ou les poumons.

4° SYMPTÔMES

Début

Les premières manifestations du cancer rétro-laryngé sont essentiellement variables, suivant les cas; on peut dire cependant, que comme tous les cancers extrinsèques, *il ne donne, en général, à son début, que des symptômes peu accusés*. En nous reportant aux rares observations que nous avons eues entre les mains, en relisant celles publiées par les différents auteurs, il semble que les modes de début soient les suivants :

1° Rarement le premier signe sera une *crise de suffocation grave*. On a vu pourtant une trachéotomie s'imposer chez un sujet jusque-là sain en apparence (Mores-tin, observation de Garel).

2° Quelquefois, *début soudain par dysphagie douloureuse*. Les malades avalent bien jusqu'au jour où ils croient avoir avalé un os, une arête : une douleur à la déglutition plus ou moins vive, selon les cas, s'installe d'une façon définitive; jusque-là, ils n'éprouvaient aucune gêne à avaler. Ils consultent alors un spécialiste et font remonter à cet accident le début de leur affection. L'œsophagoscopie montre pourtant des lésions déjà très avancées. Les auteurs anglais insistent sur ce mode de début, qu'ils considèrent comme très fréquent, et Turner rapproche ces cas des obstructions soudaines observées parfois dans les tumeurs malignes de l'intestin.

3° Dans d'autres observations, le cancer rétro-laryngé se comporte comme une véritable tumeur de la partie *supérieure de l'œsophage* : il s'établit lentement une dysphagie progressive pour les solides d'abord, pour les liquides ensuite. Le malade souffre de picotements quand il avale des aliments solides ou des liquides acides (Trotter, Waggett). Il éprouve le besoin de se râcler la gorge. Pétersen a récemment attiré l'attention sur la précocité de la dysphagie chez les sujets névropathes, par suite de l'apparition rapide du spasme. Mais, en général, il s'agit d'une difficulté d'avaler qui s'accuse peu à peu pendant des mois et même des années.

4° Parfois, enfin, le cancer est *complètement latent* (Krönlein, Castex). Quand on examine le malade pour la première fois, la tumeur est déjà très étendue et a en-

vahi les ganglions; cependant, elle ne détermine aucun trouble fonctionnel. La première manifestation est quelquefois une tumeur ganglionnaire de la région carotidienne, que l'on pourrait croire primitive, si l'on ne trouvait le cancer causal, par inspection de l'hypopharynx. Il est vraisemblable que beaucoup de ces prétendus cancers primitifs des ganglions n'ont pas d'autre origine.

Le début de l'affection est donc souvent bien difficile à connaître, car les symptômes, ou bien sont absents, ou bien sont peu marqués, alors qu'il existe une tumeur de dimensions parfois importantes. On devra donc, pour les troubles dysphagiques les plus vagues survenant, soit chez des sujets jeunes, soit chez des sujets vieux, pratiquer une œsophagoscopie qui permettra de faire une intervention utile à un moment où l'extension est encore peu marquée, et où la tumeur est encore localisée aux plans superficiels. Waggett, Turner, se plaignent que les cas observés par eux ont toujours été vus trop tard, alors qu'il existait une dysphagie intense.

La réduction au minimum, les difficultés et les bons résultats obtenus par une opération précoce chez des malades souvent jeunes, montrent l'importance que l'on doit attacher à dépister cette affection au début.

Tels sont les signes, peu caractéristiques comme on voit du cancer rétro-laryngé pendant souvent plusieurs mois, et ce n'est, en général, que lentement que l'affection entrera dans la période d'état.

Période d'état

A cette période, existent des signes marqués, caractéristiques, qui, de suite, attirent l'attention du côté de l'hypopharynx : ce sont, avant tout, des troubles dysphagiques, et plus rarement et d'une façon accessoire, des altérations de la respiration et de la phonation.

A. — Signes subjectifs :

1° *La douleur.* Ce n'est pas là un signe constant, et quand elle existe, elle apparaît toujours à une période assez tardive. Bien qu'elle puisse éclater spontanément en dehors des repas, le plus souvent, elle se manifeste pendant les mouvements de déglutition. La plupart des auteurs admettent qu'elle ne se produit que lorsque la bouche de l'œsophage est envahie par la tumeur. Les malades la localise bien, en général, au niveau du néoplasme, et souvent elle s'irradie dans une ou dans les deux oreilles. Türner l'a recherchée dans 74 cas de cancers rétro-laryngés et l'a trouvée 59 fois. Cette douleur est souvent plus marquée quand le sujet absorbe des boissons ou très chaudes ou très froides, ou encore des boissons alcoolisées.

2° *La dysphagie.* Elle est provoquée à la fois par la douleur que détermine l'alimentation et aussi par le rétrécissement de l'hypopharynx, dû à la tumeur. Le malade réduit volontairement sa nourriture; les aliments solides sont bien vite écartés et seuls les liquides peuvent être déglutis. Au bout de quelque temps, les liquides eux-mêmes ne passent qu'avec difficulté et le patient est

obligé de boire lentement et à petites gorgées. Parfois même, le malade s'étrangle et, au milieu de secousses de toux quinteuse, il rejette violemment par la bouche et par le nez le peu qu'il venait d'absorber.

Il a été signalé également un *bruit de glou-glou* spécial, quand le malade avale un liquide, et qui peut être perçu, non seulement par le patient, mais encore par l'entourage. Ce symptôme est évidemment dû à la structure du conduit alimentaire.

3° *La dyspnée.* Elle n'est pas fréquente, mais n'est cependant pas exceptionnelle à cette période. Elle est due en général, comme le dit bien Molinié, aux altérations des terminaisons nerveuses du récurrent ou des fibres musculaires du crico-aryténoïdien postérieur, altérations qui ont pour conséquence la diminution ou la perte totale des mouvements d'abduction des cordes vocales. Turner signale plusieurs cas où la trachéotomie fut nécessaire; Garel, en 1904, dans les *Annales des Maladies de l'Oreille*, rapporte un cas d'asphyxie mortelle chez un sujet où l'autopsie montra une tumeur rétro-cricoïdienne.

4° *La toux* n'est pas un symptôme rare, et même, dans une observation de Turner, pendant plusieurs années, ce fut le seul signe observé. Elle s'accompagne en général de picotements, de raclements de gorge, de sensation de corps étranger.

5° *L'exagération de la salivation* est un signe fréquent, dû à la fois à la crainte des douleurs que provoque la déglutition de la salive et aussi à une sécrétion réflexe abondante que détermine la présence de la tumeur.

6° *L'enrouement* est le plus souvent peu marqué. Turner l'a noté 33 fois sur près de 100 cas de cancers rétro-

laryngés. La voix est alors un peu rauque, parfois un peu étouffée.

7° Molinié a signalé aussi l'existence d'un *bruit de drap*, se manifestant surtout à l'inspiration.

B. — **Signes généraux :**

L'état général est peu altéré. Les malades ont conservé l'appétit, ne maigrissent pas.

C. — **Examen local :**

Les signes accusés par le malade, même à une période assez avancée de l'affection, sont, comme on le voit, relativement peu nombreux et peuvent être donnés aussi bien par une tumeur extrinsèque quelconque du larynx, ou encore par un cancer de la portion supérieure de l'œsophage. Pour reconnaître l'existence d'une localisation rétro-laryngée, force sera donc de recourir à un examen local complet qui, du fait de la profondeur des lésions, ne sera pas toujours aisé. *On sera toujours frappé de l'importance de la tumeur, comparativement au peu de signes accusés par le malade.*

La laryngoscopie au miroir sera la première manœuvre utilisée. Nous avons montré les difficultés que l'on éprouvait, même avec les artifices les plus ingénieux, pour inspecter l'hypopharynx par ce procédé. La lésion rétro-laryngée ne pourra donc être vue dans la plus grande majorité des cas. Cependant, le miroir permettra de découvrir un signe important, constant dans les lésions rétro-aryténoïdiennes, signe sur lequel les auteurs ont insisté à juste titre : c'est l'*aspect très particulier des*

aryténoïdes. Ils sont en général un peu plus gros, œdémateux, rouges ou blanchâtres, parfois un peu granuleux donnant alors un aspect mûriforme. Cette physionomie bien spéciale des aryténoïdes peut induire en erreur et faire croire à une laryngite tuberculeuse qui prend assez souvent un aspect comparable.

On pourra aussi constater à cette période d'état une *diminution plus ou moins complète de la mobilité des cordes vocales*; mais nous croyons que c'est là un phénomène assez rare, et qu'il est plutôt l'apanage de la période avancée de l'affection, quand la tumeur s'est considérablement étendue en surface et en profondeur.

A cette phase de tumeur encore localisée, *l'examen de la cavité laryngée ne montrera rien d'anormal*.

La vraie méthode d'examen de la région rétro-laryngée est, comme nous l'avons déjà dit, l'hypopharyngoscopie, ou mieux encore l'œsophagoscopie qui, non seulement permettront de voir directement la tumeur et de diagnostiquer d'emblée souvent sa nature, mais encore donneront, dans les cas douteux, la facilité de prélever un fragment pour l'examen histologique. Certains auteurs préfèrent utiliser en premier lieu l'œsophagoscope, car il est impossible de savoir à l'avance jusqu'à quel niveau on va trouver les lésions. Pratiquée avec précaution, cette manœuvre permettra aisément de reconnaître la tumeur et d'étudier ses caractères que nous avons décrits précédemment. Rarement elle sera unilatérale, comme dans les cancers intralaryngés; *elle occupera en général une situation voisine de la ligne médiane*, qu'elle dépassera le plus souvent. Presque toujours, elle sera recouverte d'abondantes mucosités sanieuses et de salivé, qu'il faudra

éponger avec des porte-coton, pour permettre un examen plus complet. Il sera même possible, en progressant avec prudence, de voir jusqu'où elle s'étend en profondeur, et en particulier de se rendre compte si la bouche de l'œsophage est atteinte, point important pour l'intervention. A ce procédé peut-être un peu brutal, souvent dange-reux, beaucoup d'auteurs préfèrent compléter leur examen par *la bouillie bismuthée vue à l'écran radiosco-pique*, qui permettra de juger de la longueur du rétré-cissement, et aussi, dans certains cas, de déceler l'exis-tence d'un deuxième rétrécissement dans l'œsophage, comme il en a été rapporté plusieurs exemples.

Nous ne ferons que mentionner le toucher digital, pro-cédé infidèle et très douloureux, que l'on utilisait avant la période laryngoscopique et qui permettrait de sentir dans les cas de cancer rétro-laryngé haut-situés, une tumeur saignante, d'une dureté cartilagineuse.

L'examen physique du malade devra être complété par *la recherche de la crépitation laryngée*. Sa disparition est précoce dans les cancers rétro-laryngés et devra être re-cherchée avec soin. Certains auteurs pensent même que ce signe serait spécial à ce genre de tumeur. Turner si-gnale comme un bon signe la douleur vive que l'on pro-voque en pratiquant cette manœuvre.

On terminera enfin par *la recherche des ganglions du cou*. Cette exploration devra porter sur les deux régions carotidiennes et sera faite avec minutie.

On pourra percevoir soit quelques petits ganglions durs, mobiles, le long des deux chaînes carotidiennes, soit une grosse masse, de la grosseur parfois d'un œuf de poule, adhérente aux plans profonds, pouvant même,

dans certains cas, revêtir l'aspect d'un adéno-phlegmon. Nous avons dit la précocité, souvent très grande de l'adénopathie, avant même que le malade accuse aucun trouble de la déglutition, pouvant ainsi constituer une forme ganglionnaire des cancers rétro-laryngés.

Période de terminaison

Elle est caractérisée par l'extension de la tumeur à toutes les régions voisines. Les auteurs ont été frappés de la rapidité parfois foudroyante avec laquelle se fait cet envahissement. Turner rapporte des cas où, en l'espace de quinze jours, les lésions s'étaient accrues dans des proportions considérables.

A cette période, d'ailleurs, la physionomie clinique perd un peu de son intérêt, car le point de départ de la tumeur est impossible à faire et l'affection se confond avec ces vastes néoplasmes pharyngo-laryngés dans lesquels les masses cancéreuses ont envahi la plus grande partie du pharynx et de la cavité laryngée.

A. *Signes fonctionnels.* — Ils participent des symptômes des cancers intrinsèques autant que des cancers extrinsèques.

1° *La douleur*, à ce moment, est en général très vive, à peine calmée par la morphine, et ne laisse aucun répit au malade.

2° *La dysphagie*, progressivement de plus en plus marquée, arrive à un degré tel que l'alimentation par la bouche, même avec les liquides, devient totalement impossible.

3° *La salivation* s'accroît encore; elle remplit constam-

ment la bouche du malade, qui rejette chaque jour de pleins crachoirs d'une salive visqueuse, souvent teintée de sang.

4° *La toux* n'est pas un signe constant. Dans certains cas, elle est fréquente, quinteuse, douloureuse, suivie de rejet d'expectoration abondante, striée de sang, renfermant parfois des parcelles de tumeur.

5° *L'haleine devient très fétide*, du fait du sphacèle et de l'ulcération de la tumeur.

6° *Les hémorragies* sont le plus souvent peu abondantes, constituées seulement par des filets de sang, teintant l'expectoration. Dans quelques observations des hémorragies abondantes, parfois même mortelles, ont été signalées; elles ont pour cause, dans ce dernier cas, l'ulcération d'une artère importante.

B. *Examen physique.* — A cette phase avancée, il varie avec chaque cas, suivant le mode d'extension de la tumeur, et ne nous arrêtera pas. C'est à cette période que les masses cancéreuses ulcérées envahissent les organes voisins : pharynx, œsophage, larynx, base de la langue, amenant des déformations considérables. Un gros chou-fleur pourra émerger du tissu de l'un des deux aryténoïdes, recouvrant en partie l'orifice supérieur du larynx; dans d'autres cas, des excroissances irrégulières, ulcérées ou non, feront saillie dans la cavité laryngée.

C'est à ce moment surtout que l'on trouvera une paralysie complète ou incomplète, soit d'une, soit des deux cordes vocales, due à l'envahissement récurrentiel ou à l'extension en profondeur de la tumeur rétro-laryngée au niveau de l'articulation crico-thyroïdienne. Turner a

observé cette paralysie 43 fois sur 98 cas observés, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas.

Il pourra exister également des généralisations, soit dans le corps thyroïde, soit dans le foie, soit dans l'estomac, plus rarement dans d'autres organes.

C. *Les troubles généraux* s'accroissent, la dénutrition devient extrême. Le malade ne s'alimentant pas, ne prenant qu'avec difficulté des liquides, maigrit, perd ses forces, se cachectise, et la mort survient soit progressivement, soit brusquement par asphyxie ou hémorragie.

5° EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Le cancer rétro-laryngé est le plus redoutable des cancers du pharynx et du larynx, car la dysphagie progressive détermine rapidement une dénutrition et une cachexie intense qui amèneront une mort à brève échéance si une intervention n'est pas pratiquée à temps.

La marche est rapide, et la mort survient au bout de huit mois à deux ans. Dans nos deux observations, les malades sont morts neuf mois après l'apparition des premiers signes. L'évolution est encore plus rapide chez les sujets jeunes.

La période de début est la plus longue de beaucoup, et peut durer parfois une année et même plus. Peu de symptômes, nous l'avons vu, la caractérisent, et la dysphagie, fait paradoxal, est, semble-t-il, assez tardive.

Dès que la tumeur commence à devenir extensive, l'affection brûle les étapes, tous les signes sont au complet et le malade s'achemine rapidement vers la mort.

Des complications rapidement mortelles viennent sou-

vent mettre un terme fatal et abréger encore les jours de ces infortunés. Ce peut être, soit l'asphyxie brusque par spasme, soit une hémorragie abondante, comme ce fut le cas pour un de nos malades, soit une fistule œsophago-trachéale par ulcération d'un cancer laryngo-œsophagien.

CHAPITRE III

Diagnostic

Arrivé à une période avancée, lorsque la cavité laryngée est envahie par les masses cancéreuses, lorsqu'il existe de volumineux ganglions, et que le cortège symptomatique est au complet, le cancer rétro-laryngé offre un diagnostic évident et qui s'impose au premier examen. *Le point important est de faire un diagnostic précoce*, alors que les lésions sont encore très limitées; c'est à ce moment que l'on pourra faire une intervention utile. Disons-le de suite, ce diagnostic précoce est parfois entouré des difficultés les plus grandes, et ce n'est que par une étude soigneuse des anamnestiques et des symptômes, par des examens approfondis et répétés de l'hypopharynx avec toutes les méthodes en notre possession que souvent la nature de la tumeur pourra être mise en évidence. Souvent même, le doute persistera encore, et ce n'est que la biopsie d'un fragment prélevé, qui permettra de révéler le caractère malin de l'affection.

Deux points doivent être élucidés :

1° Existe-t-il une tumeur rétro-laryngée, et si elle existe, quelles sont ses limites, quelle est son extension?

2° Cette tumeur reconnue, quelle est sa nature?

1° *Existence d'une tumeur rétro-laryngée.* Par suite des caractères peu nets des signes de début, *on devra attacher une importance extrême à toute dysphagie persistante, même légère.* Immédiatement, *l'œsophagoscopie sera pratiquée*; elle montrera en général des lésions déjà importantes.

C'est à ce moment qu'on fera œuvre utile en établissant un diagnostic précoce.

A une période plus avancée, quand les signes seront au complet, la présence d'une tumeur de l'hypopharynx ne fera plus aucun doute et l'œsophagoscopie ne fera que confirmer cette impression, et permettra de déterminer sa position exacte.

Il faut savoir aussi que, dans certains cas, rares, il est vrai, il pourra exister une adénopathie volumineuse du cou, des noyaux dans le corps thyroïde secondaires à un cancer rétro-laryngé, alors que le sujet n'accuse aucun trouble fonctionnel. Après examen soigneux de la bouche, du larynx, on ne devra pas manquer d'examiner l'hypopharynx, avant de conclure à des tumeurs primitives de ces organes.

Dans les cas avancés, *le diagnostic de l'extension de la tumeur, surtout de l'extension en profondeur, est d'une importance capitale pour le traitement.* On devra donc s'efforcer de rechercher si la bouche de l'œsophage ou même l'œsophage cervical sont envahis. Ces rensei-

gnements pourront être fournis, soit par l'œsophagoscope que l'on poussera, avec douceur, jusqu'au niveau inférieur de la lésion, soit avec la bouillie bismuthée qui aura, de plus, l'avantage de déceler parfois une deuxième tumeur le long du conduit œsophagien.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Si la vue seule de la tumeur avec l'œsophagoscope permet, le plus souvent, de faire le diagnostic exact de sa nature, il est des cas, où, du fait de l'absence de caractères nets, le diagnostic reste en suspens et n'est réglé que par les résultats de l'examen microscopique.

Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic que l'on peut poser avec un certain nombre de *tumeurs bénignes de l'hypopharynx*, d'abord parce qu'elles sont très rares et ensuite parce qu'elles présentent presque toujours des caractères qui permettent de les reconnaître rapidement.

Ce sont certaines *tumeurs conjonctives, papillomateuses*, qui n'infiltrant pas les tissus comme les tumeurs cancéreuses, qui sont souvent multiples et qui ne saignent pas à l'examen.

Ce sont des *périchondrites*, qui font suite à une affection aiguë, qui sont très douloureuses, amenant une dysphagie intense et qui ont tendance à détruire et à éliminer des portions de cartilage.

Ce sont rarement aussi des *ulcérations lupiques*, de couleur pâle, de consistance molle, accompagnées de lésions des lèvres, de la gorge et de la peau.

Le vrai diagnostic, comme pour le larynx, sera à faire

entre syphilis, tuberculose et cancer, et comme pour cet organe il sera ou bien évident, ou bien extrêmement difficile et éclairé seulement par l'examen anatomo-pathologique.

La tuberculose sera bien difficile souvent à éliminer. Le cancer rétro-laryngé survient, nous l'avons dit, en général, chez des femmes, souvent jeunes, et quand il est situé au niveau de la région rétro-aryténoïdienne, il provoque un gonflement œdémateux des aryténoïdes qui peut parfaitement en imposer pour des lésions tuberculeuses des aryténoïdes. Chez un malade de la Clinique de Saint-Pothin, M. le professeur Lannois nous a bien montré la difficulté de ce diagnostic différentiel. La tuberculose, pourtant, dans les cas typiques, donne des lésions plus pâles (cette pâleur se retrouve, d'ailleurs, sur les muqueuses du voile du palais, du pharynx et du larynx); en outre, souvent on trouvera dans la cavité laryngée d'autres lésions spécifiques, soit sur les cordes, soit sur les bandes verticales, soit sur la muqueuse inter-aryténoïdienne. Les ulcérations bacillaires présentent, en général, des caractères particuliers: elles sont plus superficielles, à bords irréguliers, à fond granuleux et entraînent une *dysphagie bien plus considérable que dans le cancer*. En dernier lieu, les lésions ulcéreuses surviennent, en règle générale, chez des tuberculeux pulmonaires avancés, et les antécédents bacillaires, les signes pulmonaires, les stigmates tuberculeux seront d'un grand poids dans le diagnostic.

Enfin, la tuberculose donne bien plus de lésions laryngées qu'hypopharyngiennes.

Souvent ces caractères seront peu nets, un cancer

pourra survenir chez un tuberculeux, le diagnostic sera alors presque impossible : la biopsie sera indispensable pour étayer le diagnostic.

La *syphilis* à la période tertiaire sera également d'un diagnostic souvent délicat.

Avant l'ulcération, la gomme se présentera sous la forme d'une tumeur limitée, arrondie, sans caractère végétant qui la distinguera, le plus souvent, du cancer, plus végétant, plus irrégulier.

L'ulcération syphilitique est cratériforme, taillée à pic, à bords réguliers, non bourgeonnants; elle est peu douloureuse et entraîne rapidement des destructions importantes.

L'existence d'une syphilis antérieure, la trace d'un chancre, des stigmates de syphilis permettront, le plus souvent, de faire un diagnostic.

Parfois, là encore, la distinction sera impossible, un cancer pouvant survenir chez un syphilitique (ce serait même la règle pour beaucoup d'auteurs, — comme pour le cancer de la langue). Il faudra immédiatement prélever un fragment de la tumeur et la faire examiner au microscope. On n'a pas le droit, croyons-nous, d'instituer, pendant des semaines, un traitement d'épreuve, car s'il s'agit d'un cancer, de la précocité d'un traitement chirurgical dépend la vie du malade.

Les difficultés de diagnostic sont donc souvent considérables et l'examen clinique impuissant à identifier la nature exacte de la lésion rétro-laryngée. La *biopsie* sera donc d'une utilité très grande en permettant un diagnostic précoce, seule chance de salut pour le malade. Elle accélérerait, selon beaucoup d'auteurs, l'évolution des

lésions. Mais est-ce là une raison suffisante pour abandonner un moyen précieux de diagnostic, qui permettra au chirurgien, s'il est besoin, de prendre une décision opératoire rapide. Dès que le diagnostic de malignité aura été établi par biopsie, on devra se tenir prêt à intervenir dans les jours suivants, car certains cas ont une marche très envahissante.

Le point important sera de *bien faire cette biopsie*, en prélevant une portion de tumeur suffisante, qui comprenne toute son épaisseur. Certains auteurs n'accordent cependant pas une confiance bien grande aux résultats de la biopsie et l'accusent de donner des résultats inexacts parfois. Schmiegelow va même jusqu'à déconseiller de se fier aux résultats de l'examen histologique.

Bien que, dans certains cas difficiles, il n'y ait pas de signes absolument certains pour affirmer un diagnostic entre syphilis, tuberculose et cancer, il ne faut peut-être pas tomber dans un scepticisme exagéré, car, dans la majorité des cas, le diagnostic peut être établi d'après l'ensemble des signes subjectifs et objectifs et d'après la marche clinique de l'affection.

CHAPITRE IV

Traitement

L'étude clinique du cancer rétro-laryngé montre la gravité de cette affection, à tendance sténosante comme le cancer de l'œsophage et qui, en dehors de son extension parfois rapide, peut entraîner des complications redoutables. L'opération ne devra donc pas être différée : plus l'opération sera précoce, plus elle sera facile et meilleurs seront les résultats.

Se développant souvent chez des sujets relativement jeunes, localisé pendant un temps parfois assez long à la région rétro-laryngée, il bénéficiera plus que tout autre d'une intervention curatrice, la chirurgie palliative ne devant être réservée, semble-t-il, qu'aux cancers diagnostiqués tardivement, alors que l'envahissement des organes voisins est considérable. Et même à cette période avancée, ne doit-on pas tenter des ablations parfois fort étendues, maintenant que la chirurgie pharyngo-laryngée semble à peu près réglée et que des survies parfois assez

longues ont été relatées après des interventions des plus importantes. Les chirurgiens modernes se sont attachés à ces opérations complexes avec ablation simultanée, soit de la langue, soit de l'œsophage, soit du corps thyroïde, en même temps que du larynx. Les noms de Kocher, Péan, Jaboulay, Bérard et Sargnon. Vallas, Czerny, Glück et Sorensen, Von Hacker restent liés à ces interventions audacieuses.

Sans vouloir entrer dans les détails de la chirurgie des tumeurs malignes rétro-laryngées, nous croyons que deux cas, correspondant aux deux grands stades évolutifs de l'affection, peuvent être envisagés :

1° Quand la tumeur est encore localisée aux plans superficiels de la région rétro-laryngée;

2° Quand la tumeur, devenue extensive, a envahi les organes voisins.

1° *Lorsque la tumeur est encore superficielle et localisée à la région rétro-laryngée*, l'intervention s'impose et doit être pratiquée sans retard. Les résultats sont, en général, bons, maintenant que la technique est bien réglée.

Certains chirurgiens, les Anglais surtout, pratiquent volontiers une pharyngectomie inférieure et même une extirpation de la bouche de l'œsophage, si les lésions le commandent, sans laryngectomie. De telles interventions ont été faites par Wallace, Waggett, Trotter, avec des succès incontestables.

Castex, également, en 1909, au Congrès du Budapest, signale avoir utilisé, dans un cas, la voie latérale qui lui a permis d'enlever les ganglions et une tumeur ulcéreuse

rétro-laryngée, sans enlever le larynx : son malade a guéri opératoirement.

Uchermann, de Christiania, a, dans quatre cas, par pharyngotomie latérale, enlevé la tumeur rétro-laryngée, sans pratiquer l'ablation du larynx. Ses quatre malades sont morts de récédive dans l'espace de quelques mois.

On peut rapprocher de ces interventions, la pharyngectomie inférieure circulaire, qui fut faite, pour la première fois, par Czerny.

Il semble bien que ces opérations ne soient pas suffisamment complètes, la chirurgie du cancer doit être une chirurgie large et il faut exciser au delà de la tumeur, en tissu sain. Les opérations conservatrices ont perdu peu à peu du terrain. Elles ne doivent répondre, en effet, qu'à des formes d'extrême début, formes que l'on rencontre bien rarement, les malades se faisant toujours examiner trop tard, alors que la tumeur est déjà importante.

Actuellement, de plus en plus, pour les tumeurs rétro-laryngées, les chirurgiens font des pharyngo-laryngectomies, car le larynx est assez vite envahi, au moins histologiquement. La technique en est maintenant bien connue et la mortalité opératoire diminue chaque jour. L'opération se fait soit en deux temps avec trachéotomie préalable, quinze jours ou trois semaines auparavant, ou bien en un temps comme l'a préconisé Glück. La première méthode paraît plus inoffensive et est adoptée maintenant par la majorité des chirurgiens, en France, tout au moins. Précédée d'une trachéotomie transversale, qui permet une fixation trachéale plus solide, la pharyngo-laryngectomie peut être pratiquée soit de bas en haut, selon la méthode de Périer, Sébilleau et Lombard; soit de haut en bas

comme le préfère Glück. La substitution de l'anesthésie régionale à l'anesthésie générale a rendu l'intervention plus facile et a amélioré considérablement les statistiques opératoires.

Ultérieurement, on pourra tenter une plastique pharyngée pour reformer, avec de la peau, la paroi antérieure du pharynx.

Nous prendrons les conclusions de MM. Bérard et Sargnon qu'ils firent, au Congrès de Chirurgie de 1913 : « La laryngo-pharyngectomie est une opération assez facilement exécutable qui n'est guère plus grave qu'une laryngectomie totale; elle donne, dans nombre de cas, des survies parfois longues, et, parfois, pas de récurrences. Elle améliore considérablement la déglutition: la respiration est assurée par la stomie trachéale avec ou sans canule, suivant les cas... La pharyngo-laryngectomie est donc une opération moins grave qu'on ne le croit généralement.

2° *Quand la tumeur s'est étendue et a envahi les organes voisins*, l'intervention impose des ablations considérables. Les résultats opératoires, dans ces cas, sont actuellement encore mauvais et les malades, en général, ne survivent pas bien longtemps. Aussi, beaucoup préfèrent-ils les traitements palliatifs : trachéotomie, gastrostomie faites sous anesthésie locale et qui, d'après eux, permettraient une survie souvent plus longue qu'avec ces mutilations si étendues. L'amélioration des procédés opératoires, l'emploi de l'anesthésie locale, permettront, sans doute, d'agrandir le cadre des indications opératoires et l'exérèse pourra être envisagée même aux périodes les plus avancées de l'affection. D'ailleurs, même dans les

cas qui semblaient le plus défavorables, les statistiques accusent des guérisons. N'a-t-on pas le droit alors de courir cette chance ?

Nous avons à dessein jusqu'ici passé sous silence la *radiothérapie* et la *radiumthérapie*. Les résultats obtenus par MM. Lannois et Sargnon avec les premières méthodes d'application en surface, tels qu'ils sont consignés dans leur rapport et dans la thèse de Lortet sont peu encourageants. Il y a, comme on le sait, une relation entre la forme histologique des épithéliomas et leur sensibilité aux rayons: certaines tumeurs sont radio-sensibles, d'autres radio-résistantes. Les cancers rétro-laryngés, comme ceux de la langue, comme ceux du larynx, sont presque toujours des épithéliomas spino-cellulaires, c'est-à-dire des épithéliomas peu ou pas influencés, quelquefois même aggravés par les rayons.

Avant d'essayer le traitement radio ou radiumthérapique, on devra donc savoir à quelle variété précise appartient la tumeur, et ne tenter ce traitement que dans le cas, malheureusement rare en vérité, où il s'agirait d'un épithélioma baso-cellulaire, c'est-à-dire radio-sensible. L'indication pourrait redevenir plus nette s'il s'agissait de tumeurs de nature conjonctive.

Dans l'état actuel de la question, tant que par des méthodes nouvelles, on ne pourra agir sur des épithéliomas spino-cellulaires, il reste indiqué pour les cancers rétro-laryngés de pratiquer une intervention chirurgicale.

Il faut, toutefois, ajouter que la radiologie n'a pas dit son dernier mot: à la récente réunion de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie, M. Sargnon a cité des cas où l'intervention, l'application de courte durée de tubes

de radium, associées à l'application de rayons X, aurait donné des résultats favorables. De nouveaux procédés de roengtenthérapie qui permettent l'emploi de très hautes doses, jusqu'à 50 H (notamment le volet cutané préconisé par M. Coste) sont actuellement en expérience et il convient d'en attendre les résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cancer de la face postérieure de l'aryténoïde gauche avec extension secondaire à la paroi latérale gauche du pharynx. (Observation personnelle prise dans le service de M. le professeur LANNOIS).

J... Sylvain, 53 ans.

Le malade vient dans le service le 21 octobre 1920 pour des picotements dans la gorge au moment de la déglutition de la salive et des aliments.

Rien dans les antécédents : parents morts de vieillesse ; femme en bonne santé ; enfant bien portant.

Lui-même n'a jamais été malade ; il n'a jamais eu de bronchite, ni d'hémoptysies. Il fume modérément et ne semble pas avoir fait d'excès alcoolique. Il n'avoue pas la syphilis et on ne trouve chez lui aucun stigmat.

Le début de l'affection actuelle a commencé le 15 juillet 1920 : brusquement, il ressentit, alors qu'il mangeait, une douleur dans la gorge, douleur qui n'a jamais disparu depuis ce moment.

Depuis, les symptômes se sont bornés à cette douleur à la déglutition, à une salivation abondante. Il a maigri de cinq kilos en deux mois.

Depuis l'apparition des premiers signes, les crachats n'ont jamais été teintés de sang. La voix et la respiration n'ont jamais subi de modification.

L'examen laryngoscopique montre des lésions localisées aux aryténoïdes, le reste du larynx apparaissant naturel. Les deux cordes sont également mobiles pendant la phonation. Les deux aryténoïdes sont un peu augmentés de volume, pâles, œdémateux ; ces signes sont plus nets sur l'aryténoïde gauche que sur le droit. Leur mobilité est à peu près normale et le miroir ne révèle pas d'ulcération.

Cependant, si après anesthésie de toute la région aryténoïdienne et de l'hypopharynx, on introduit un tube à pharyngoscopie directe et que l'on examine la face postérieure des aryténoïdes, on découvre sur l'aryténoïde gauche, une ulcération grisâtre, ayant un centimètre carré environ de dimension et saignant facilement.

25 octobre. — *Intervention* (docteur Jacod) : incision transversale sous-hyoïdienne, qui après incision des plans superficiels, musculaires et muqueux permet d'arriver sur l'orifice supérieur du larynx. La vue sur la région aryténoïdienne est médiocre ; on essaye d'attirer le larynx en tirant sur l'épiglotte ; le conduit respiratoire se coude, ce qui détermine une toux quinteuse et une grosse gêne respiratoire. Une trachéotomie est alors pratiquée rapidement sur les deux premiers anneaux de la trachée. On peut alors exercer une traction plus forte sur le larynx et avec la position de Rose le jour est suffisant. La tumeur est telle que l'avait montré la pharyngoscopie. Prélèvement d'un fragment de l'aryténoïde gauche pour l'examen anatomo-pathologique.

Deux tubes de radium de 49 milligrammes chacun, placés dans des tubes trocars, sont enfoncés verticalement dans l'aryténoïde gauche et tiennent à frottement dur. Suture de la muqueuse pharyngée et des plans superficiels.

10 novembre. — Résultats de l'examen microscopique du fragment prélevé : il s'agit d'un épithélioma certain du type malpighien (spino-cellulaire).

15 novembre. — Le malade se nourrit plus facilement ; les lésions ont peut être un peu diminué. Il existe une fistule sous-hyoïdienne.

20 décembre. — Le malade demande à quitter le service. Il existe toujours une fistule sous-hyoïdienne assez grande ; la salive y passe en abondance. L'alimentation est plus facile.

A l'examen laryngé, on aperçoit un gros œdème de l'aryténoïde gauche s'étendant jusqu'à la bande ventriculaire et cachant complètement la corde vocale gauche. Le malade part sans sa canule.

13 janvier 1921. — Le malade entre à nouveau dans le service. Il accuse une gêne de plus en plus grande pour respirer et déglutir. Parfois, il se plaint de crises de suffocation. Pendant une huitaine de jours, il reste sans canule ; puis en raison des troubles fonctionnels persistants, on lui fait, le 23 janvier, une nouvelle incision de trachéotomie et on place une canule.

17 février. — L'alimentation par la bouche étant de jour en jour plus difficile, on se décide à pratiquer une gastrostomie.

L'examen œsophagoscopique révèle l'extension de la tumeur à la bouche de l'œsophage. En outre, grosse masse bourgeonnante, saignant au moindre contact, au niveau du repli ary-épiglottique gauche.

A la suite de la gastrostomie, l'état général s'améliore un peu et est relativement satisfaisant.

12 avril. — Dans la nuit du 11 au 12 avril, vers 11 heures du soir, le malade est pris soudain d'une hémorragie artérielle assez abondante sortant par la bouche et par la fistule sous-hyoïdienne. On réussit cependant à l'arrêter assez rapidement.

13 avril. — Vers 15 heures, deuxième hémorragie plus abondante que la première. Rapidement le malade perd connaissance et mort avant qu'on est eu le temps de tenter une ligature.

15 avril. — *Vérification* : Poumons normaux ; quelques adhérences pleurales au sommet gauche. Pas d'épanchement.

Foie et rate : normaux.

Rein gauche : petite cavité kystique à un centimètre environ du bord convexe, de la grosseur d'une noisette, contenant un liquide limpide.

Rein droit normal.

Cœur : très petit. Pas de lésions vasculaires.

Région carotidienne gauche : infiltration ecchymotique de la carotide externe ; l'artère est très friable.

Larynx : grosse masse bourgeonnante, en chou-fleur, occupant toute la région rétro-laryngée, bien plus marquée pourtant sur la moitié gauche.

La tumeur a envahi, en outre, la bouche de l'œsophage et la partie antérieure de l'œsophage cervical sur une longueur de près de deux centimètres, et également le sinus piriforme gauche. En outre, sur la face postérieure de l'aryténoïde gauche, ulcération grisâtre, irrégulière de la dimension d'une pièce de 50 centimes. On trouve aussi un séquestre cartilagineux provenant d'une partie de l'aile gauche du cartilage aryténoïde. La muqueuse intralaryngée n'est pas envahie, mais repoussée du côté gauche vers la ligne médiane par la tumeur rétro-laryngée.

OBSERVATION II

Lympho-sarcome de la région rétro-laryngée. Enorme adénopathie des deux régions carotidiennes et des régions sus-et sous-hyoïdiennes. Métastase au niveau de la colonne dorsale. (Observation personnelle prise dans le service de M. le professeur LANNOIS.)

C... Claude, 64 ans.

Le malade entre à l'hôpital pour de la dysphagie et des douleurs thoraciques violentes.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Ethylisme assez marqué. N'a jamais eu de maladie.

Début de la maladie actuelle en février 1920, par une adénopathie cervicale bilatérale. A ce moment, le malade n'avait ni dysphagie, ni douleurs. Peu à peu, il éprouva de la gêne pour avaler ; cette dysphagie était telle ces temps derniers que l'alimentation liquide seule était possible. Il n'a jamais eu de douleur véritable dans la gorge, ni dans l'oreille ; par contre, chatouillement continu dans l'arrière-gorge. Jamais d'hémorragie, ni même de crachats striés de sang.

Amaigrissement d'une dizaine de kilos depuis le mois de février.

Il y a deux mois, pendant la nuit, il eut de très violentes

douleurs au niveau des deux omoplates ; ces douleurs n'ont pas cessé et sont toujours aussi marquées ; elles s'irradient même en avant sur la paroi thoracique. Peu à peu, il constate une faiblesse marquée dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs, ainsi que des démangeaisons des doigts. Depuis cette époque également, la peau des doigts est sèche et rugueuse.

A l'examen laryngoscopique : grosse masse bourgeonnante occupant la région rétro-laryngée droite s'étendant jusqu'à la gouttière pharyngo-laryngée droite. Le repli ary-épiglotique est respecté. La masse néoplasique est irrégulière, grisâtre, saignant peu.

Gros ganglions du cou : le long des deux chaînes carotidiennes ; ganglions médians sus et sous-hyoïdiens. Cette volumineuse adénopathie plonge derrière le sternum à gauche, dans le thorax.

2 octobre. — Les ganglions grossissent. L'état laryngé se modifie peu. Les douleurs en ceinture augmentent. Léger œdème des chevilles.

4 octobre. — Outre la rétraction de l'aponévrose palmaire qui est très ancienne, le malade se plaint de douleurs vives dans la région dorsale inférieure, survenues brusquement, il y a trois mois ; depuis cette époque : des douleurs dans les doigts à caractère prurigineux qui l'obligent à se gratter continuellement ; c'est depuis cette époque seulement que daterait ce sclérème des doigts.

Aucun trouble objectif de la sensibilité. Aucun signe d'irritation de la voie pyramidale. Il y a seulement dans la région dorsale inférieure (dans un territoire correspondant à 4 ou 5 dorsale) une grande hyperesthésie.

Rien aux pupilles. Pouls à 100.

Il est impossible de faire un diagnostic certain entre : troubles vagues plus ou moins liés aux troubles des extrémités et une compression radiculaire. Le seul point en faveur de ce dernier diagnostic est l'intensité extrême des douleurs qui empêchent le sommeil. Ces douleurs sont surtout des paresthésies douloureuses à fleur de peau, et pas des névralgies. (Examen de M. Bériel.)

27 octobre. — Les douleurs thoraciques sont intolérables

et ne sont calmées que par la morphine ; le malade a le thorax soudé, les moindres mouvements provoquant de vives douleurs. Hyperesthésie toujours très marquée de la région dorsale. Pas de point osseux particulièrement sensible ; toute la colonne dorso-lombaire est douloureuse à la pression. Exagération des réflexes rotuliens, surtout à gauche ; de ce côté, on note une atrophie assez marquée de tout le membre inférieur. Pas de clonus de la rotule, ni de trépidation épileptoïde. Babinski négatif.

Le foie est gros dans l'ensemble, surtout le lobe gauche qui déborde de trois travers de doigts le rebord costal et qui dépasse même vers la gauche la ligne médiane. On ne sent pas nettement de noyaux, mais la pression sur la région hépatique est douloureuse.

Pas d'ascite perceptible, mais météorisme assez marqué de l'abdomen.

Oedème des membres inférieurs, remontant en haut jusqu'à l'abdomen.

6 novembre. — L'état s'est aggravé et le malade est obligé de garder le lit. Il continue à souffrir beaucoup au niveau de la région dorso-lombaire. Les symptômes au niveau des membres inférieurs sont les mêmes.

16 novembre. — Aggravation rapide depuis quelques jours ; le malade perd ses urines depuis trois jours et a une escharre sacrée qui évolue rapidement. Il présente actuellement un très gros oedème des membres inférieurs, avec hydarthrose. Pas d'ascite nette. Le foie est devenu très volumineux, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt ; sa surface et son bord libre sont parsemés de gros noyaux que l'on voit même se dessiner sur la paroi abdominale.

Le malade souffre atrocement ; il est très agité et délire. L'alimentation, uniquement liquide, est difficile.

19 novembre. — Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve dans la plèvre droite un litre et demi de liquide hémétique. Pas de liquide dans l'abdomen.

Au larynx, en arrière de l'aryténoïde droit, on trouve une grosse ulcération irrégulière, grisâtre, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Elle est creusée sur une masse peu bourgeonnante, peu surélevée, qui descend vers le bas

jusqu'à la bouche de l'œsophage qui est envahie ; latéralement elle atteint la gouttière pharyngo-laryngée droite ; en haut, elle laisse libre le repli ary-épiglottique.

A l'intérieur de la cavité laryngée, on ne trouve ni bourgeonnement, ni même aucune ulcération de la muqueuse. La muqueuse cependant est soulevée par le néoplasme sous-jacent, si bien que toute la moitié droite de la région sous-glottique se trouve déformée par la tumeur sous-jacente.

Outre les énormes masses ganglionnaires cervicales, on trouve des masses intéressant l'os (côtes, colonne vertébrale) ; ce ne sont pas des généralisations, mais, en réalité, de nombreuses masses ovoïdes, aplaties, sous-pleurales, adhérentes aux côtes et aux corps vertébraux.

Le foie est percé de noyaux néoplasiques, la rate en présente aussi quelques-uns.

Examen histologique (fait obligeamment par M. Bériel). — Il a porté sur la tumeur pharyngo-laryngée, sur les ganglions, sur les noyaux du foie et sur l'envahissement vertébral.

1° *Etude de grandes coupes verticales faites sur la partie latérale du larynx* et intéressant en hauteur depuis les replis ary-épiglottiques jusqu'en bas à la corde vocale inférieure, en épaisseur depuis la muqueuse laryngée jusqu'au cartilage thyroïde).

On trouve sur cette coupe *un très gros nodule néoplasique qui correspond à sa masse principale, — un petit nodule au niveau de la corde vocale supérieure* et de l'infiltration au début sur la muqueuse des cordes vocales et des ventricules.

A) Le *gros nodule* est situé tout entier sous la muqueuse ou du moins sous l'épithélium et s'il affleure en certains endroits au dessous de cet épithélium laryngé, il n'y a pas d'ulcérations ; l'épithélium stratifié est partout reconnaissable. Si en quelques points il est tombé, on voit partout la ligne sous-épithéliale, même dans les points où elle est transformée en cancer. Nulle part, prolifération de l'épithélium, pas plus d'ailleurs que dans les autres points examinés.

Ce gros noyau n'est pas encapsulé, mais il est bien limité. Il est formé presque exclusivement d'éléments cellulaires avec presque point de stroma connectif. C'est seulement à la périphérie que l'on trouve d'assez nombreuses travées

connectives préexistantes et que la tumeur prend un faux aspect alvéolaire. Les glandules normales sont infiltrées. On trouve quelques culs-de-sac en pleine tumeur qui conservent cependant leur aspect normal.

Les cellules de la tumeur sont généralement à *protoplasma peu abondant*, mais avec des *noyaux très variés* : les uns sont très volumineux, quelques-uns énormes, clairs ; d'autres sont très petits, arrondis, foncés. Il y a tous les types de passage entre ces aspects.

Nulle part, on ne trouve de réticulum ni de cellules fusiformes.

B) *Le petit noyau affleurant sous l'épithélium de la corae vocale supérieure* se montre avec les mêmes caractères généraux, c'est-à-dire : limitation assez nette, mais sans capsule, affleurant sous la ligne épithéliale qui est refoulée, et qui même, par endroits, est tombée, mais sans prolifération épithéliale et non plus sans ulcération proprement dite.

La constitution histologique est à peu près la même que pour le gros noyau avec cette différence que *les cellules sont ici plus petites*, avec des noyaux plus sombres, toujours sans cellules fusiformes, mais avec un réticulum très net, surtout autour des vaisseaux.

Il s'agit manifestement là d'un point plus jeune.

C) En outre *infiltration diffuse, soit au niveau des cordes vocales, soit dans le fond du ventricule*. Cette infiltration est inappréciable au niveau des cordes vocales. Elle se fait dans les parties profondes de la muqueuse et est plus intense autour des glandules qui sont dans le fond du ventricule, toujours dans le tissu sous-épithélial avec intégrité de l'épithélium. Dans ces points, les cellules néoplasiques ont un protoplasma assez gros, avec des noyaux petits, très colorés, qui, dans presque toutes les cellules, sont en voie de fragmentation et qui rappellent même, en certains points, des Karyokynèses irrégulières.

2° *Les noyaux du foie, les noyaux adjacents à l'os avec envahissement de celui-ci*, sont du même type : nulle part, on ne trouve de réticulum, ni de cellules fusiformes.

En résumé, *l'aspect histologique est celui des tumeurs dites sarcomes* : le polymorphisme extrême des cellules, les points

de développement dans la muqueuse même sous l'épithélium, comme aussi la généralisation exubérante dans les ganglions font penser au *lympho-sarcome*. La constatation d'un réticulum dans les points jeunes permet d'interpréter cette tumeur comme une *tumeur très maligne du tissu lymphatique*.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le docteur SARGNON): *Cancer rétro-laryngé ayant envahi la bouche de l'œsophage.*

D... Pierre, âgé de 57 ans, retraité du chemin de fer.

Il entre à l'hôpital le 19 décembre 1907 pour de la difficulté à la déglutition.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer de l'estomac à 67 ans. Père mort d'une maladie de cœur à Marié. Femme bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladies d'enfance. Pas de spécificité. A 56 ans, cirrhose du foie avec ascite et œdème des cuisses et des jambes des deux côtés. Il entre à l'Antiquaille dans le service de M. Courmont qui lui fit faire trois ponctions. Après quarante-cinq jours passés à l'hôpital, il revient chez lui amélioré et suit le régime lacté. Chez lui, son docteur lui fit encore 8 ponctions depuis le 16 février 1907, le malade ne se plaint plus de son foie et n'a plus d'ascite.

Affection actuelle. — Il y a un mois et demi que l'affection actuelle paraît avoir débuté. Le malade sentit soudain une douleur au niveau de la fourchette sternale, puis au-dessus du niveau du bord droit du cartilage thyroïde. Il lui semblait qu'un corps dur frottait sur son conduit alimentaire. Cette douleur se produisait parfois en dehors de toute cause. Deux fois, il cracha du sang.

Depuis une quinzaine de jours, les douleurs sont allées croissantes et en même temps persistantes, avec paroxysmes au moment où le malade fait des mouvements de déglutition pour avaler ses aliments.

Difficulté de la déglutition, le malade ne peut avaler même sa salive, ce qui l'oblige à cracher continuellement.

Pas de vomissements, rejet seulement des aliments qui ne peuvent passer.

Depuis lundi dernier 16, il a un peu d'extinction de voix et de la difficulté par suite pour parler. Gorge constamment sèche et douloureuse. Depuis le 16 aussi, toux grasse survenant par instant et céphalée frontale fréquente avec irradiation aux oreilles.

Examen. — On sent nettement le rebord inférieur du voile à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites; cet organe ne paraît pas cependant augmenté de volume.

On ne voit rien d'anormal du côté du cou, peut-être perçoit-on vaguement deux petits ganglions situés de chaque côté au niveau des ailes du cartilage thyroïde. Ce qui est très net, ce sont deux ganglions situés à droite et à gauche au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, ganglions de la grosseur d'une noisette. Rien ailleurs.

Etat général. — En quinze jours, amaigrissement de 1 kilo 500. Bon appétit, mais ne peut manger à sa faim. Langue bonne. Bonne digestion. Un peu de constipation depuis quelques jours. Pas de vomissements, quelques régurgitations. Pouls à 96.

Poumons : rudesse respiratoire du sommet gauche, en arrière.

Examen endoscopique : Adduction très marquée des deux cordes vocales. La corde vocale droite paraît ne pas se bouger, la gauche a encore quelques petits mouvements. La droite est arquée et semble paralysée. Le malade ne peut émettre la lettre E. Voix bitonale. Pas d'œdème de ses gouttières; l'affection serait probablement localisée au-dessous de ses ary-ténoïdes. A la palpation du cou, on constate de la douleur au niveau du corps thyroïde qui semble plus épais de ce côté.

Avec un petit œsophagoscope, on constate un *obstacle très serré de la région cricoïdienne et œsophabienne*. La muqueuse à ce niveau forme un bourrelet infiltré rougeâtre, sans ulcération apparente; le contact de l'instrument, même très

minime, amène de suite des exulcérations. La lumière médiane est extrêmement étroite.

Même manœuvre avec un œsophagoscope plus étroit (9 millimètres au lieu de 13 millimètres); il ne peut passer, et le spasme ayant augmenté, on ne voit même plus la lumière du canal. Pas de bourgeons visibles. Le malade prend des spasmes tels qu'on est obligé d'arrêter les mouvements.

Une nouvelle exploration avec le porte-coton ansthésique n'est pas plus heureuse. Elle ramène du sang comme d'ailleurs au début de l'examen.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GAREL.) Résumée. *Cancer rétro-cricoidien, ayant envahi la bouche de l'œsophage.*

Laf... François, 71 ans, est amené en proie à une dyspnée excessivement vive le 17 novembre 1903 à l'Hôtel-Dieu. Il y a un tirage et un cornage intenses. L'inspiration surtout est difficile. De temps en temps, la respiration se précipite; elle atteint jusqu'à 56 respirations par minute.

Toute l'affection semble se réduire à cette dyspnée; pas de toux, pas d'expectoration, la voix est peu atteinte.

Aucun ganglion apparent.

L'examen laryngoscopique montre que :

1° Dans l'inspiration les cordes ne s'écartent pas ou peu de la ligne médiane;

2° A leur extrémité postérieure et dans la fente glottique flotte une petite masse paraissant venir de la région sous-glottique et dont il est difficile de définir la nature.

On peut apprendre du malade : que toujours bien portant auparavant, il aurait éprouvé depuis trois semaines ou un mois une certaine gêne de la respiration : gêne légère qui fut suivie de dysphagie, puis de dysphonie, les trois phénomènes s'étant succédés à quelques jours de distance.

La dysphonie et la dysphagie allèrent en augmentant; ces jours-ci, le malade ne peut prendre que des liquides. La dyspnée était restée telle qu'au début, quand subitement, dans la

nuît du 15 novembre, une crise violente de dyspnée se produisit; elle a diminué progressivement : c'est elle qui amène le malade à l'hôpital.

En raison de ces antécédents, en raison de la paralysie récurrentielle double à début brusque, en raison de la petite masse aperçue dans la glotte, le docteur Garel pense à un néoplasme de l'œsophage haut situé ayant occasionné une paralysie récurrentielle double, et pose l'indication d'une trachéotomie, si la dyspnée augmente encore.

La journée se passa à peu près dans le même état. Subitement, vers 2 heures du matin, le malade prend une quinte de toux, la dyspnée augmente, il suffoque et meurt avant qu'on ait le temps d'intervenir.

Autopsie. — *Au niveau du chaton cricoïdien*, la muqueuse est le siège d'une ulcération ronde, moins grande qu'une pièce de 0 fr. 50, à bords taillés à pic, à fond noirâtre. Cette ulcération n'a pas sa correspondante sur la paroi œsophagienne opposée qui est absolument saine. Elle siège exactement sur la ligne médiane s'étendant également des deux côtés.

On ouvre alors le larynx longitudinalement par une incision dans l'espace inter-aryténoïdien, sectionnant l'aryténoïdien transverse et le cricoïde au niveau de l'ulcération. Celle-ci apparaît ainsi beaucoup plus profonde qu'on ne le pensait : les faisceaux musculaires qui s'insèrent à ce niveau sur le cartilage sont décollés de leurs insertions; ils ont une teinte rose grisâtre. Le cartilage lui-même est nécrosé.

Enfin sur la corde droite, en arrière, petite saillie papillomateuse; c'est le fragment qu'on avait vu flottant dans la glotte.

Examen histologique: épithélioma du type malpighien.

Outre ces quatre observations, nous avons retrouvé, dans la littérature médicale, un certain nombre de cas de cancers rétro-laryngés:

BUTLIN. — Epithélioma du chaton cricoïdien et de l'œsophage (*Société laryngologique de Londres*, 15 janvier 1904).

- LAMBERT LACK. — Epithélioma de la région rétro-aryténoïdienne droite (*Société de laryngologie de Londres*, 17 mars 1905).
- NOURSE. — Néoplasme dans la paroi postérieure du larynx (*Société laryngologique de Londres*, 9 novembre 1906).
- DE NAVRATIL. — Carcinome siégeant sur l'orifice supérieur de l'œsophage (*Société Médicale Royale Hongroise*, 29 janvier 1907).
- MAHLER. — Cancer pharyngien périlaryngien (*Société otolaryngol. danoise*, 1907, 43^e séance).
- HANDLEY. — Un cas de résection complète du pharynx avec laryngectomie pour épithélioma squameux de l'hypopharynx (*Journal of laryngology*, avril 1908).
- BETHAM ROBINSON. — Endothéliome englobant la partie inférieure du larynx et du pharynx (*Société royale de laryngol.*, Londres, 6 mars 1908).
- DUNDAS GRANT. — Epithélioma extrinsèque du larynx et de l'hypopharynx chez une femme de 41 ans (*Société royale de laryngol.*, Londres, 6 novembre 1908).
- GRABOWER. — Carcinome de l'œsophage et paralysie des muscles du larynx (*Société de laryngologie de Berlin*, 21 février 1908).
- J.-W. BOUD. — Tumeur maligne située en arrière du cartilage cricoïde (*Société royale de laryngologie de Londres*, 1^{er} mai 1908).
- WAGGETT. — Epithélioma rétro-cricoïdien (*Arch. int. O.-R.-L.*, 1910).
- WILLIAM HILL. — Cancer d'une portion de la paroi pharyngée (*Société royale de laryngol. de Londres*, 6 mai 1910).
- ROSENBERG. — Cancer rétro-cricoïdien (*Société berlinoise de laryngol.*, 10 mars 1911).
- WILLIAM HILL. — Cancer de l'hypopharynx avec extension à l'œsophage (*Société royale de laryngol. de Londres*, 2 décembre 1910).
- HELMINGTON PEGLER. — Cancer pariétal du larynx et de l'œsophage (*Société royale de laryngologie de Londres*, 3 mars 1911).

STRUTHERS. — Epithélioma de l'hypopharynx (*Société écossaise d'O.-R.-L.*, 30 novembre 1912).

WILLIAM HILL. — Deux cas de carcinome du pharynx inférieur (*Société royale de laryngol.*, 3 décembre 1911).

SCHMIEGELOW. — Cancer périlaryngien du pharynx (*Arch. int.*, 1913, II, p. 880).

NEUMANN. — Cancer de la paroi postérieure du larynx (*Arch. int.*, 1913, II, p. 867).

CONCLUSIONS

I. — Le cancer rétro-laryngé est le cancer qui siège sur la face postérieure des aryténoïdes* et du chaton cricoïdien.

II. — C'est une affection que l'on reconnaît de plus en plus fréquemment, depuis que l'œsophagoscopie se fait d'une façon plus systématique.

III. — Il paraît survenir plus souvent chez des femmes, à un âge peu avancé, en général au-dessous de cinquante ans.

IV. — Presque toujours il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire ; les épithéliomas baso-cellulaires et les sarcomes sont plus rares.

V. — Après une période de début presque latente, qui se prolonge plusieurs mois, parfois plus d'un an, pendant laquelle la tumeur reste relativement localisée et superficielle, l'affection se complète par l'apparition de signes nets où la dysphagie tient la première place.

VI. — Le diagnostic se fait facilement à l'œsophagoscopie dans les cas bien caractérisés. Au début, il sera souvent difficile de distinguer les lésions cancéreuses, des

lésions tuberculeuses et syphilitiques: c'est la biopsie qui apportera la solution.

VII. — L'opération sera pratiquée sitôt le diagnostic de cancer posé. Le traitement sera la pharyngo-laryngectomie dans les formes limitées, des opérations étendues et complexes dans les cas avancés.

Le Président de la Thèse,

M. LANNOIS.

Vu :

**LE DOYEN,
JEAN LEPINE.**

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 juin 1921

**LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.**

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD, SARGNON, BESSIÈRE. — Contribution à l'étude de la laryngectomie. Historique, indication technique et résultats (*Arch. intern. d'O.-R.-L.*, 1914).
- BÉRARD et SARGNON. — Contribution à la laryngo-pharyngectomie dans le cancer (XXVI^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1913).
- BOUTIN. — Hypopharynx et bouche de l'œsophage (*Thèse de Paris*, 1913).
- BROWN-KELLY et PETERSON. — Cancer rétro-cricoïdien (*Journal of laryngology*, Londres, 1919).
- BUTLIN. — Epithéliome du cartilage cricoïde et de l'œsophage (*Société de laryngologie de Londres*, 15 janvier 1904).
- CASTEX. — Rapport du Congrès de Budapest de 1909 sur le Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx.
- CISNEROS. — La laryngectomie totale en deux temps (*Bol. de O. R. L.*, Madrid, 1907; *Ann. mal. de l'or. et du larynx*, 1909).
- DAVIS. — Carcinome rétro-cricoïdien (*Journal of laryngology*, octobre 1920).
- DAVIS et MORRISTON. — Cancer rétro-cricoïdien (*Brit. Med. Journal*, Londres, 12 février 1910).
- ESCAT. — Technique oto-rhino-laryngologique, sémiotique et thérapeutique (1921).
- FAVETTE. — Résultats actuels de la laryngectomie dans le cancer du larynx (*Thèse de Montpellier*, 1903-04).

- GUISEZ. — La pratique oto-rhino-laryngologique, 1908.
- GLÜCK et SØERENSEN. — Handbrich der Speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen, Luftwege, Band IV.
- HETT SECCOMBE. — Laryngectomie et pharyngectomie pour cancer (*Société de laryngologie de Londres*, 7 janvier 1910).
- JACOD. — Sur la technique opératoire et le pronostic éloigné de laryngectomie totale pour cancer du larynx (*Lyon Médical*, 25 avril 1921).
- KILLIAN. — Bouche de l'œsophage (*Annales O.-R.-L.*, juillet 1908).
- KRISHABER. — Etude sur le cancer du larynx (*Ann. O.-R.-L.*, 1879).
- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, 1908.
- LANNOIS et SARGNON. — Radiumthérapie dans les tumeurs en O.-R.-L. (Rapport présenté à la *Société française d'O.-R.-L.*, mai 1920).
- LATARJET. — Etude sur les pharyngectomies (*Thèse de Lyon*, 1906).
- LENORMANT. — Clinique de la tête et de lar., 1919.
- LOMBARD. — Chirurgie du cancer du larynx (*Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1905).
- MARION. — Manuel de technique chirurgicale, 1921.
- MOLINIÉ. — Tumeurs malignes du larynx, 1907.
- MOURE. — Résultats éloignés de la laryngectomie (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, avril 1921).
- P. MOLLISSON. — Ablation de carcinome de l'hypopharynx (*Journal of laryngology*, avril 1916).
- PAUCHET et SOURDAT. — Anesthésie régionale, 1921.
- RÉAL. — Contribution à l'étude de la laryngectomie dans le cancer du larynx, Paris, 1903-04).
- RECLUS. — La cocaïne en chirurgie.
- SARGNON. — Indications et manuel opératoire de la laryngectomie en dehors des tumeurs malignes. Anesthésie locale dans les laryngectomies. Manuel opératoire.

Des laryngectomies complexes et des plastiques (Rapp.
à la *Soc. française d'O.-R.-L.*, mai 1914).

SCHMIEGELOW. — Cancer du larynx. Diagnostic et traitement,
1897.

TROTTER. — Carcinome post-cricoïde (*XVII^e Congrès international de médecine de Londres*, 1913).

TÜRNER. — Carcinome de la région rétro-cricoïdienne (*Journal of laryngology*, février 1920).

TÜRNER. — Carcinome rétro-cricoïdien (*Journal of laryngology*, 1913).

VALLAS. — Pharyngectomie et laryngectomie (*Société de Chirurgie de Lyon*, 5 juillet 1906).

WAGGETT. — Carcinome rétro-cricoïdien (*Congrès international de médecine de Londres*, 1913).

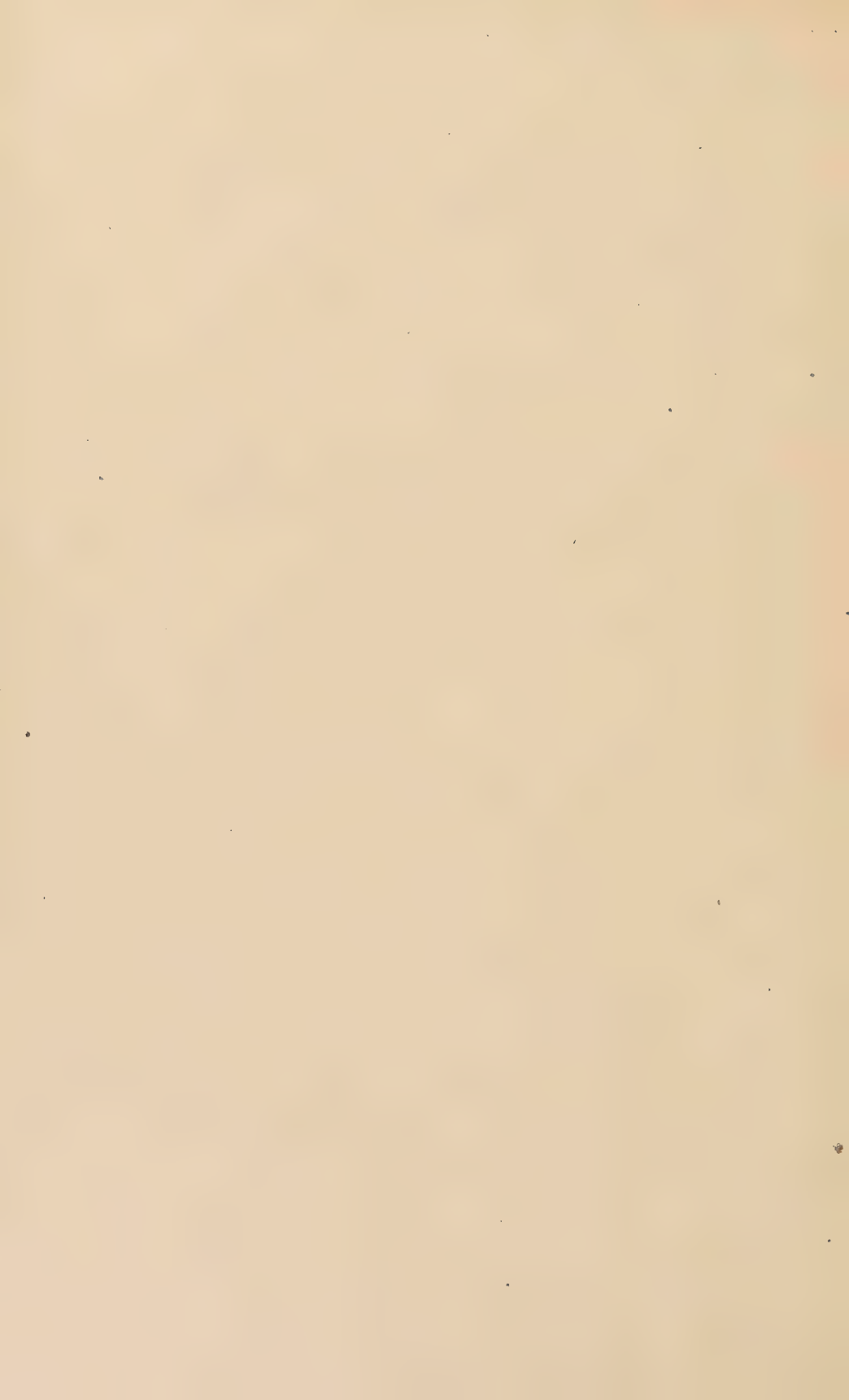


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Notions générales sur l'anatomie de la région rétro-laryngée. Procédé d'examen de l'hypopharynx	11
CHAPITRE II. — Notions cliniques sur le cancer rétro- laryngé	21
CHAPITRE III. — Diagnostic.....	44
CHAPITRE IV. — Traitement	49
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71

TABLE DES MATIÈRES

